

Kammerversammlung 21.03.2026

Bericht zur Lage

Anrede

Seit gestern Nachmittag ist der Frühling da, zumindest im Kalender! Frühling, das steht für Aufbruch und Erneuerung, für frische Kräfte. Für all die Dinge, die man sich auch in der Gesundheitspolitik wünschen würde! Aber wir in der Ärztekammer wissen ja: Gute Entwicklungen brauchen Substanz und Ausdauer. Und gelegentlich auch ein klares Wort zur richtigen Zeit.

Das lässt oft auf sich warten: Die „Finanzkommission Gesundheit“, die Bundesgesundheitsministerin Nina Warken einberufen hat, hat ja noch nicht einmal angedeutet, was sie dem Gesundheitswesen demnächst an Reformen zukommen lassen möchte, um die Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung zu retten. Da ist man in Düsseldorf schon weiter, dort wird es mit den nächsten Reformen schon konkreter!

Land stellt Eckpunkte für zukunftsfeste ambulante medizinische Versorgung vor

Am 3. März 2026 hat NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann gemeinsam mit Vertretern von KVen und Krankenkassen ein Eckpunktepapier für eine zukunftsfeste ambulante medizinische Versorgung in Nordrhein-Westfalen vorgestellt. Dieses Papier umfasst 15 Maßnahmen für Strukturreformen, die vom Ministerium gemeinsam mit relevanten Akteuren des Gesundheitswesens seit 2024 herausgearbeitet wurden. Ein Kernelement ist dabei die Steuerung des Zugangs zur Versorgung über eine verbindliche Ersteinschätzung. Hierzu soll das Angebot der „116 117“ weiterentwickelt werden. Auch im Verlauf der Behandlung sollen Koordination und Steuerung der Patientinnen

und Patienten gestärkt werden. Eine zentrale Rolle sollen hierbei sogenannte „Primärversorgungspraxen“ einnehmen.

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe war gemeinsam mit der Ärztekammer Nordrhein an diesem Prozess mit Namen „Versorgung der Zukunft“ beteiligt. Die Kammern tragen das Eckpunktepapier auch grundsätzlich mit. Sie stimmen aber gleichwohl nicht in allen Punkten zu. Kritisch sehen wir u. a. den Begriff der „Primärversorgungspraxis“. Das Wort „Arzt“ taucht dort gar nicht mehr auf, das Ziel einer primärärztlichen Versorgung wird von vornherein relativiert. Aber wie heißt es an anderer Stelle im Eckpunktepapier: „Die bisher klassische Organisation, die vor allem das ärztliche Personal in den Vordergrund stellt, ist kein attraktives Zukunftsmodell – weder für Nachwuchsärzte noch für andere Praxisberufe.“

Das sehe ich anders! Keine Frage, in unseren Praxen gewinnt Arbeitsteilung eine immer größere Bedeutung. Wir sagen jedoch klar, dass dies mit der Delegation von Aufgaben an qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verwirklicht wird. Und in diesem Zusammenhang sollte man – auch bei den Begrifflichkeiten! – nicht aus den Augen verlieren, woher diese Entwicklung eigentlich kommt und was die Ärzteschaft dafür bereits getan hat. Und noch ein weiterer Punkt: Diese Ärztekammer hat immer wieder unterstrichen, zuletzt in einer konsentierten Stellungnahme unserer Gremien, dass es am Ende Ärztinnen und Ärzte sind, die die Gesamtverantwortung tragen. Für uns geht es immer noch um „primärärztliche Versorgung“.

Kritisch zu sehen ist überdies, dass die unter der Rufnummer 116 117 zusammengefassten Aufgaben weiterentwickelt werden sollen, ohne dass es zuvor eine hinreichende vorherige Evaluation der bisherigen Arbeit in diesem Bereich gibt. Problematisch erscheint mir auch die Betonung des Praxisteam-Gedankens, ohne dass zuvor – wie etwa im Fall der Physician Assistants –

eine klare Rollenverteilung der Gesundheitsfachberufe vorgenommen wird. Zumindest hinterfragt werden muss zudem die Fokussierung des Eckpunkte-Papiers auf die Rolle der hausärztlichen Praxen: Hier sollte nach Ansicht der Ärztekammer Westfalen-Lippe sinnvollerweise der Anteil fachärztlich geleisteter Primärversorgung besser berücksichtigt werden. Auch hier verweise ich noch einmal auf unsere konsentierten Stellungnahme!

Gestatten Sie mir einen weiteren Gedanken: Patientensteuerung und Ersteinschätzung gehören eng zusammen, um Menschen in die für sie am besten geeignete Versorgung zu leiten. Diese Versorgung muss nicht zwingend immer darin bestehen, dass man noch in derselben Stunde ärztlich gesehen wird. Oft wird eine Ersteinschätzung ergeben, dass kein direkter Arztkontakt nötig ist.

Wichtig ist zu vermitteln: Das bedeutet nicht, dass ein Anliegen nicht ernst genommen wird! Und schon gar nicht, dass hier jemand abgewimmelt werden soll! Wer gesundheitlichen Rat sucht und sich an unser Gesundheitssystem wendet, der muss selbstverständlich Hilfe und Unterstützung bekommen. Dabei ist klar: Patientinnen und Patienten erwarten einen Arzt-Patienten-Kontakt. Wenn nicht direkt, dann doch im weiteren Verlauf einer Behandlungskette, wenn sich herausstellt, dass es ohne Arztkontakt nicht geht.

In vielen Fällen aber wird Hilfe zunächst einmal sogar digital möglich sein. Andere Länder machen das längst vor, zum Beispiel Finnland: Das Gesundheitssystem dort ist in seinen Strukturen sicherlich nicht ohne Weiteres mit unserem vergleichbar. Aber die Informationen, die es dort per App im Zuge der Patientensteuerung gibt, können wertvolle Anregungen für die Entwicklung hierzulande geben. Die Patientinnen und Patienten können nämlich über ihre App auch Gesundheitstipps für ihre Situation erhalten. Das weist die Richtung: Es geht nicht nur um Ersteinschätzung und Steuerung, sondern

um viel mehr. Da kann etwas entstehen, das ich einmal „Tor zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsleistungen“ nennen will. Ein Tor, hinter dem sich Steuerungselemente ebenso finden wie Beratungselemente und z. B. die Möglichkeit der Terminvergabe.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir sprechen derzeit über einen Wandel von Strukturen, der dringend nötig ist, der aber Jahre brauchen wird. Und wir sprechen über Gewohnheiten, die über Jahrzehnte eingeübt sind und ebenfalls sehr langlebig sein werden. Die Überlastung unserer Notaufnahmen, unserer Praxen und Kliniken und vor allem der Menschen, die in ihnen arbeiten, lässt jedoch keine Alternative. Wir brauchen jetzt schnell eine überzeugende Kommunikationsstrategie, die Patientinnen und Patienten die Vorteile effektiver Steuerung vor Augen führt. Die Menschen müssen erkennen und darauf vertrauen können, dass das Akzeptieren von Steuerung für sie der beste Weg zum Ziel ist. Bis es soweit ist, werden wir als Ärztinnen und Ärzte im Sprechzimmer auch abseits der Medizin wieder einmal viel zu erklären haben. Das werden wir auch tun! Aber Politik und Krankenkassen dürfen uns dabei nicht wieder einmal allein lassen!

Krankenhausanpassungsgesetz vom Bundestag verabschiedet

Der Bundestag hat am 6. März 2026 dem Krankenhausanpassungsgesetz (KHAG) zugestimmt. Damit kann – wenn auch der Bundesrat in seiner Sitzung am 27. März zustimmt – die Weiterentwicklung der Krankenhausreform in Kraft treten, die ja noch von der Ampel-Regierung initiiert worden ist. Die Einigung von Bund und Ländern bringt dann nicht nur eine deutschlandweit einheitliche Planungssystematik, sondern mit dem Transformationsfonds auch finanzielle Mittel zur Umgestaltung der Versorgungslandschaft.

So weit, so gut! Doch aus Sicht der Ärzteschaft kommt es nun in den Bundesländern auf die konkrete Umsetzung der Reform an, die bedauerlicherweise noch immer handwerkliche Schwächen aufweist, etwa bei der Gestaltung einer nachhaltigen Vorhaltevergütung und der Leistungsgruppensystematik. Absehbar ist zudem, dass vieles nicht praktikabel sein wird. Die Reform ist mit bürokratischen Meldepflichten gespickt, da wird man erneut korrigieren müssen, um alles gangbar zu machen.

Die mit dem KHAG und der finanziellen Ausstattung des Transformationsfonds verbundenen Gestaltungsmöglichkeiten – wir sprechen über 50 Milliarden Euro – müssen jetzt verantwortungsvoll genutzt werden, um die stationäre Versorgung zu gestalten und vor allem verlässliche Rahmenbedingungen zu schaffen. Hierbei sollte die Politik den Sachverstand der Ärztekammern unbedingt einbeziehen!

Leider wurde mit Verabschiedung des KHAG erneut versäumt, ein weiteres drängendes Problem anzugehen: Die ärztliche Weiterbildung ist noch immer nicht mit einer nachhaltigen Finanzierungsgrundlage ausgestattet. Das bestärkt uns in der Sorge, dass weitere Reformbemühungen in absehbarer Zeit scheitern können – weil es eben einen Mangel an qualifizierten Fachärztinnen und Fachärzten gibt.

Krankenhausgestaltungsgesetz NRW

Schauen wir noch einmal nach Düsseldorf: Die ärztliche Weiterbildung spielt auch beim anstehenden „6. Gesetz zur Änderung des nordrhein-westfälischen Krankenhausgestaltungsgesetzes (KHGG)“ eine Rolle. Im Februar hat das Kabinett den Gesetzentwurf verabschiedet, der Entwurf ist mittlerweile dem Landtag zugeleitet.

Für die ärztliche Weiterbildung ist wichtig: Der Entwurf sieht vor, die Weiterbildungsverpflichtung für die im Krankenhausplan aufgeführten Häuser zu konkretisieren. So soll eine Pflicht zum Eingehen von Kooperationen mit anderen Kliniken entstehen, wenn erforderliche Weiterbildungsinhalte krankenhausintern nicht umfassend vermittelt werden können. Alle übrigen Plankrankenhäuser, so der Gesetzentwurf weiter, sind zur Beteiligung an solchen Kooperationen verpflichtet.

Gegen diesen Vorschlag gibt es Widerstand auf Krankenhaus-Seite. Dort wird zur Anbahnung und Realisierung von Kooperationen ein mehrstufiges Verfahren favorisiert, mit Elementen wie Weiterbildungs-Registern und einer durch diverse Institutionen besetzten Ombudsstelle, falls in einem freiwillig geführten Verfahren keine Einigung erzielt werden kann.

Dies lehnt die Ärztekammer Westfalen-Lippe strikt ab! Die Gestaltung der ärztlichen Weiterbildung ist originäre Kammeraufgabe. Da braucht es keine weiteren Beteiligten an den Entscheidungswegen. Die Ärztekammer verfügt über erprobte Verfahren und Strukturen bei der Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen. Was wir allerdings bräuchten, ist die Rückendeckung der Landespolitik, wenn die Kammer aus sachlich-fachlichen Erwägungen entscheidet, eine Befugnis nicht oder nicht im vollen Umfang zu erteilen.

So bleibt festzuhalten: Grundsätzlich ist eine Verankerung der Verpflichtung zur Weiterbildung für Krankenhäuser im Krankenhausgestaltungsgesetz zu begrüßen. Die Ärztekammer muss jedoch darüber hinaus z. B. mit der Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen auch weiterhin über Instrumente verfügen, die es ihr ermöglichen, wirksam ins Weiterbildungsgeschehen einzugreifen.

Apothekenversorgungsweiterentwicklungsgesetz (ApoVWG) im Bundestag eingebracht

Wieder nach Berlin: Für das Apothekenversorgungsweiterentwicklungsgesetz hat das parlamentarische Verfahren begonnen. Eine zweite und dritte Lesung im Bundestag werden für April erwartet. Als Ärztekammer sehen wir kritisch, was der Gesetzgeber den Apotheken da für Möglichkeiten eröffnen will, Gesundheitsleistungen anzubieten.

Unser Kammervorstand hat erst am Mittwoch gemeinsam mit den Vorsitzenden der Verwaltungsbezirke betont, dass Apotheken kein Ersatz für Arztpraxen sind und auch nicht sein können. Das Gesetz will nicht weniger als einen Eingriff in ärztliche Aufgaben und Befugnisse, in Diagnose und Therapie. Wenn es unter anderem um die geplante Abgabe von verschreibungspflichtigen Medikamenten ohne ärztliche Verordnung geht, dann bedeutet das eine rote Linie, die schon aus Gründen der Patientensicherheit nicht überschritten werden darf.

Ein anderes Beispiel: „Herz-Untersuchungen bald auch in der Apotheke!“ hat die Bild-Zeitung in dieser Woche auf dem Titel angekündigt. Nein, eben nicht! Eine Herzuntersuchung ist gewaltig viel mehr als einige Messwerte zusammenzutragen – ich brauche Ihnen hier nicht auseinandersetzen, was zu einem sinnvollen Gesamtbild alles dazugehört und warum man so etwas nicht in einer Apotheke klären kann und sollte. Solche Pläne, da bin ich sicher, sorgen höchstens für Besorgnis bei Patientinnen und Patienten und für noch mehr Aufwand in unseren Praxen, um all die entstehenden Fragen zu beantworten.

Wir sollten uns aber auch erinnern: Ärzte- und Apothekerschaft pflegen hier in Westfalen-Lippe auch über ihre Kammern seit jeher einen engen Austausch. Die Präsidentin der Apothekerkammer, Gabriele von Elsenau Overwining, war uns erst vor einiger Zeit hier in der Kammerversammlung ein sehr willkommener Gast! Wenn es darum geht, die Aufgabenfelder der Heilberufe neu zu justieren, sollte das deshalb vernünftigerweise als Abstimmungsprozess beider Berufsgruppen vollzogen werden. Aber nicht, weil man einen weiteren Punkt auf einer politischen Agenda abhaken will. Die bundespolitische Entwicklung erschwert dieses Vorgehen, das sich hier in Westfalen-Lippe gut bewährt hat, jetzt jedoch leider ganz erheblich.

Soziale Medien, Kinderschutz und Forschung

Zum Abschluss meines Berichtes möchte ich Ihre Aufmerksamkeit noch einmal auf das Thema „Soziale Medien und Kinderschutz“ richten. Damit haben wir uns in der Ärztekammer in der Vergangenheit immer wieder beschäftigt, zum Beispiel im Rahmen unseres Kinderschutzforums, das der Arbeitskreis Prävention und Gesundheitsförderung erst vor zwei Wochen wieder hier organisiert hat. Und hier in der Kammerversammlung sehe ich zum Beispiel den Kollegen Dr. Uwe Büsching, der als Pädiater seit vielen Jahren eng und sehr engagiert am Thema ist. Ich möchte eine Anregung von ihm aufgreifen und ausführen:

In den vergangenen Wochen ist in Deutschland viel über eine Mindestaltersgrenze für die Nutzung von Social Media diskutiert worden. Dafür gibt es sicher gute Argumente – aber eben auch viele Gegenstimmen, die eine Beschränkung für nicht sinnvoll, für nicht praktikabel oder aus irgendeinem anderen Grund für nicht umsetzbar halten.

Als Ärztinnen und Ärzte haben wir sicherlich einen anderen Blick auf das Thema als die Tech-Firmen aus den USA oder Ordnungspolitiker hierzulande. Keine Technik, kein Medium ist nur schwarz oder nur weiß, wer etwas pauschal und populistisch verteufelt, macht es sich einfach.

Uns steht als Ärztinnen und Ärzten jedoch besonders deutlich vor Augen, welche Auswirkungen der ausufernde Konsum Sozialer Medien auf Kinder und Jugendliche haben kann. Neurobiologisch gesehen gehen Social Media buchstäblich mitten ins Hirn! Das trifft Kinder und Jugendliche in einer vulnerablen Zeit, es trifft sie in Phasen, in denen sich ihr Gehirn in Entwicklung oder Umbau befindet. Die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte unter uns könnten uns jetzt sicherlich ausführlich aus ihren Praxen berichten, was Bildschirmgeräte generell für Auswirkungen auf den Spracherwerb haben, was das endlose Wischen durch Bewegtbilder, optimierte Fotos und KI-Content mit der Psyche junger Menschen macht, die sich ohnehin in einer Phase erhöhter Sensibilität befinden. Nennen wir es klar beim Namen: Vielen tut es überhaupt nicht gut, etliche werden darüber krank. Das können wir so nicht akzeptieren!

Die schädlichen Wirkungen von Alkohol und Tabak sind gut erforscht. Mediensucht ist hingegen ein relativ junges Thema, viele der bisherigen Studien sind eher klein, etliches beruht auf Selbstauskünften. Wir brauchen deshalb verstärkt Forschung in diesem Bereich, und zwar eine Forschung, die unabhängig von denen ist, die Social Media erst in die Welt und so weit nach vorn gebracht haben. Denn ohne eine solide, unabhängig gewonnene wissenschaftliche Grundlage wird es sehr, sehr schwierig werden, gegen Geld und Macht der Konzerne Gehör zu finden und den Schutz unserer Kinder in den Vordergrund zu rücken.

Leider ist der ausufernde Konsum sozialer Medien nicht das einzige Problem, das sich dem gesunden Aufwachsen unserer Kinder in den Weg stellt. Sozioökonomische Faktoren, Armut, Bildung, Ressourcen und Resilienz – man muss all dies berücksichtigen und nicht nur Kinder und Jugendliche stärken, sondern auch ihr Umfeld. Wer hätte gedacht, dass in diesem Zusammenhang der Heilige Augustinus so aktuell klingt? Der lebte im vierten Jahrhundert, wird aber nach über 1600 Jahren heute wieder gern zitiert. Er soll gesagt haben: „Das Leben der Eltern ist das Buch, in dem die Kinder lesen.“ Das stimmt, hier geht es um das gelebte Vorbild, an dem sich Kinder orientieren! Und deshalb brauchen nicht nur Kinder- und Jugendliche Medienkompetenz, sondern auch ihre Mütter und Väter. Dafür müssen wir uns auch als Ärztinnen und Ärzte einsetzen.

Konstruktiv zusammenarbeiten – ärztliche Expertise nutzen!

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich habe Ihnen zu einigen aktuellen Fragen die Sicht der Ärztekammer dargelegt und auch, was wir jeweils kritisch sehen. Auf eines lege ich dabei großen Wert: Der Ärztekammer Westfalen-Lippe und mir ganz persönlich geht es nicht um pauschale Ablehnung oder gar Verweigerung! Ich verstehe diese Kritik als konstruktiven Beitrag zur Diskussion. Als Ärzteschaft wollen wir damit die Probleme einer Lösung nahebringen, die vor allem den Menschen, unseren Patientinnen und Patienten, nutzt!

Natürlich weiß auch ich, dass die finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen begrenzt sind. Natürlich erfahren auch Sie jeden Tag wieder neu, dass Personal überall knapp ist. Was wir alle gemeinsam aber auch wissen: Wir Ärztinnen und Ärzte wissen, wie Versorgung funktioniert und wie sie noch besser funktionieren könnte! Denn wir sind die Fachleute, wir kennen die Praxis! Dieses Wissen bringen wir an vielen Stellen ein, wir bieten der Politik

an, es zu teilen und davon zu profitieren. Gerade diese Ärztekammer hat sich dazu mit Arbeitskreisen, z. B. zur sektorübergreifenden Versorgung, längst auf den Weg gemacht. Sie arbeitet aktiv mit vielen Partnern zusammen.

Was uns dabei wichtig ist: Wir müssen weg von immer neuen Einzellösungen, wir müssen weg von der ewigen „Projektitis“, die unser Gesundheitswesen seit vielen Jahren bestimmt. Stattdessen wollen wir als Ärzteschaft an Vorschlägen und Lösungen arbeiten, die auf wissenschaftlichem Fundament das Ganze in den Blick nehmen – im Großen in der Gesundheitspolitik, so wie wir es im individuellen Alltag auch mit unseren Patientinnen und Patienten tun. Dafür arbeite ich als Präsident dieser Ärztekammer, dafür arbeiten unser Vorstand und alle Gremien und ehrenamtlich tätigen Kolleginnen und Kollegen. Und ich möchte Sie heute noch einmal ganz herzlich einladen, diesen Gedanken mit in ihren Alltag, mit zu Ihren Kolleginnen und Kollegen vor Ort zu nehmen.

Schluss

Liebe Kolleginnen und Kollegen, zu Beginn meines Berichts habe ich Sie auf den Kalender und den Frühlingsanfang hingewiesen. Mit dem Datum 21. März ist jedoch noch mehr verbunden. Diesen Tag heute haben die Vereinten Nationen schon 1966 als „Internationalen Tag gegen Rassismus“ ausgerufen. Dass es auch 60 Jahre später noch einen solchen Tag braucht, macht leider nur allzu deutlich, wie tief die Diskriminierung von Menschen in allen Lebensbereichen verankert ist. Auch im Gesundheitswesen, dazu werden wir nachher unter anderem von Sabrina Schwachenwalde mehr erfahren. Ich jedenfalls bin gespannt auf Vortrag und Diskussion!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!